心理科学进展 2022, Vol. 30, No. 1, 168–178
Advances in Psychological Science

https://doi.org/10.3724/SP.J.1042.2022.00168

心理学视角下的道德损伤

艾 攀 戴 艳
(四川师范大学心理学院, 成都 610068)

摘 要 道德损伤是指个体实施、未能阻止、目睹或听闻违背自身深层的道德信念和期望的行为, 对心理、生理、精神、行为和社会的持久影响。道德损伤作为一个跨学科概念, 自 2009 年 Litz 从心理学角度对其重新做出界定以来, 在心理学、伦理学、精神病学、社会学等领域引起了广泛关注。目前研究者已经编制出多个多维度量表来对道德损伤的事件或症状进行测量, 运用认知行为疗法、认知加工疗法和针对道德损伤研发的适当暴露疗法等措施来进行干预。未来的研究可以继续深入探究道德损伤的发生发展机制, 确立道德损伤的诊断标准, 推广道德损伤的适用范围, 丰富道德损伤的内涵, 从而拓展道德损伤研究的广度和深度。
关键词 道德损伤, 心理学视角, 产生机制, 测量工具, 干预措施
分类号 B849: C91

1 引言

古往今来, 战争一直是一个沉重的话题。暴力与杀戮不仅对士兵造成生理上的创伤, 也在心理上留下挥之不去的阴影, 其中创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)是退役军人最常见的精神障碍(Bergman et al., 2017; Fulton et al., 2015; Steenkamp et al., 2017)。然而在生理与心理创伤之外, 当军人面临道德和伦理上的冲突与挑战时, 还可能引发一种独特的创伤——道德损伤(moral injury)。比如在战争中对无辜的平民造成伤害, 面对受伤的妇女和儿童无法提供帮助等等。这些行为无论是自己实施还是目睹他人实施, 都可能深深违背了他们内心深层的道德信念, 引起强烈的内疚和羞愧, 造成持久的负面影响(Litz et al., 2009)。

这样的创伤也有可能以另外的形式出现在其他人群身上, 他们责怪自己对那些处于危险中的人没有提供足够的帮助, 或是面对病人的痛苦感到内疚。例如在新冠肺炎疫情爆发时期, 医护人员不仅仅在生理层面面临感染, 甚至死亡的风险, 面对众多需要帮助的患者, 他们在心理和道德层面也承受着巨大的考验。过往的研究发现, 在诸如 SARS 疫情、埃博拉病毒疫情这样的公共卫生事件发生后, 医护人员的痛苦和精神疾病发生率都明显增加(Chong et al., 2004;Raven et al., 2018)。新冠肺炎疫情发生后, 医护人员的道德损伤也引起了许多研究者的关注(Mantri et al., 2020;Wang et al., 2020; Hines et al., 2021)。

自 2009 年 Litz 等人从心理学角度对道德损伤重新界定以来, 过去的 10 年里, 国外的相关研究不断涌现并积累了一定的成果。在我国, 虽然已有学者从医学、伦理学的角度出发开展相关理论研究(杨放, 常运立, 2015; 肖楚兰 等, 2018)和实证研究(陈秀丽 等, 2020), 但是在心理学界, 道德损伤还是一个尚未涉足的领域。本文梳理了国外的相关研究, 介绍了道德损伤的概念、机制、已有测量量表和干预措施, 并对未来研究方向进行展望, 以期为道德损伤的本土化研究提供参考, 促进道德损伤的理论与实践发展。

2 道德损伤的概念

2.1 道德损伤的缘起

道德损伤的概念可以向前追溯到幸存者内疚(survivor guilt)。在第二次世界大战中, 纳粹德国对犹太人进行种族灭绝, 屠杀了超过 600 万犹太人。1945 年, 7000 余名幸存者被解救, 但是在这

收稿日期: 2020-12-31
通信作者: 戴艳, E-mail: daiyanch@163.com

些幸存者身上出现了一些类似的症状：他们并没有像人们想象的那样，庆幸自己活了下来并开始新的生活，而是陷入深深的内疚、羞愧当中，持续被痛苦折磨着。Niederland (1964)首次提出了“幸存者内疚”来描述这种症状。

1980 年，当美国精神病学会(American Psychiatric Association, APA)修订的精神疾病诊断与统计手册第三版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *DSM-Ⅲ*)引入 PTSD 的诊断时，幸存者内疚被列入了症状标准清单。但在 1987 年的出版的 *DSM-III-R* 中，幸存者内疚被降为仅仅是一种相关症状(Leys, 2006)。在 1994 年出版的 *DSM-IV* 中，幸存者内疚已经被删去，现在最新的 *DSM-5* 当中，持续性的负性情绪状态(例如内疚、羞愧等)是 PTSD 的诊断标准之一。

2.2　道德损伤的提出

1994 年，任职于美国退伍军人事务部的 Shay 站在文化学的视角阐述战争带来的创伤经验(如有关道德方面的创伤)是如何导致个体的消极改变。在对越战老兵的研究中他发现：当长官背叛了士兵所信仰的道德准则后，一些士兵出现了愤怒、退缩、信任感的缺失等状态。后来，他首次对道德损伤这一术语进行了界定：在高风险的情境下，具有合法权威的人士(例如战场上的领导者)对正义的背叛(Shay, 2002)。

虽然 Shay 最早对道德损伤这一概念做出了界定，但是他将“合法权威人士”的背叛视为道德损伤的原因，强调的是战场上具有权力的领导者的过失。

目前公认的是 Litz 等人(2009)首先对道德损伤进行正式的科学研究，他们认为临床工作人员和研究人员将大部分注意力集中在威胁生命的心理创伤的影响上，而没有充分关注引起内疚和羞愧的道德和伦理事件的影响，并且现有的一些概念(例如 PTSD)，并不能很好地识别现役或退役军人在道德伦理上遭受的长期伤害。基于对参加过阿富汗战争和伊拉克战争的士兵的研究，他从心理学的角度，给出了道德损伤的定义：指个体实施、未能阻止、目睹或听闻违背自身深层的道德信念和期望的行为，对心理、生理、精神、行为和社会的持久影响。Jinkerson (2016)基于 Litz 的定义，从综合症的角度强调了道德损伤在经验上和理论上的一些公认症状：内疚、羞愧、精神–存在冲突(包括生命意义感的主观丧失)和信任感的丧失被确定为核心症状；抑郁、焦虑、愤怒、闯入性再体验、自我伤害和社会问题被确定为次要症状。需要注意的是，经历潜在的道德损伤事件不代表遭受道德损伤，关键在于个体如何解释潜在的道德损伤事件。

不同于 Shay, Litz 等人对道德损伤的界定，是将个体自己视为道德损伤的主体，强调的是个体的过失。后来的研究者对道德损伤的界定，或是基于 Shay 的定义(Beard, 2015)，或是基于 Litz 等人的定义(Haight et al., 2016; McCarthy, 2016)，或是将 Shay 和 Litz 的定义整合(Carey et al., 2016; Farnsworth et al., 2017)。总体来看，Litz 等人做出了开拓性的工作，并且道德损伤的概念也是从这时起开始逐渐引起研究者的广泛关注(Hodgson & Carey, 2017)。

2.3　道德损伤与 PTSD 的区别

PTSD 是军人群体经历战争后的一种代表性创伤，尽管其诊断标准与道德损伤的症状存在重叠部分，但是并不能充分解释道德损伤(Litz et al., 2009)。在临床治疗过程中医生也发现，一些战后军人在精神上遭受着痛苦，表现出部分 PTSD 的症状，但是不能简单地用 PTSD 的理论来进行诊断(Gray et al., 2012)。Drescher 等人(2011)进行文献回顾时发现一些症状并未被纳入 PTSD 的诊断标准(虽然有些被列为相关症状)，但在患有 PTSD 的退伍军人中，这些症状可能与道德损伤有关，包括：道德态度和行为的消极变化、精神信仰的改变或丧失(包括对上帝的消极归因)、内疚与羞耻和宽恕问题、厌恶感和人格障碍、对他人和社会或文化契约的信任降低、攻击性行为、自我照顾能力差或自我伤害。

Shay (2014)详细比较了道德损伤与 PTSD，认为存在以下区别：第一，从诱因来看，道德损伤是由深刻违反了个体所具有的道德价值观的行为引起；PTSD 由他人的死亡、死亡的威胁或严重的伤害引起。第二，从个体在事件发生时扮演的角色来看，个体在道德损伤发生时，可能扮演行为实施者、受害者或目击者的角色；在 PTSD 发生时，则仅扮演受害者或目击者的角色。第三，从个体感受到的痛苦情绪来看，道德损伤带给个体的是内疚、羞愧、愤怒；PTSD 带给个体的是害怕、恐惧、无助。第四，从生理唤醒水平来看，道德损

伤发生时，个体的生理唤醒水平没有明显改变；PTSD 发生时，个体的生理唤醒水平出现明显的提高。第五，从个体的缺失感来看，道德损伤带来的是信任感的缺失；PTSD 带来的是安全感的缺失。

3 道德损伤的机制

Litz 等人(2009)曾尝试用 PTSD 的相关理论来解释道德损伤。如以 PTSD 的社会认知理论解释，则认为道德损伤所涉及到的创伤经历违背了个体关于世界和自我的信念，从而导致认知失调和内心冲突，因此如何调和这种矛盾是决定道德损伤的关键因素之一。如果个体不能把相关的事件整合到已有的认知模型当中，就会感到内疚、羞愧、焦虑，出现闯入性再体验，导致持久的心理困扰。虽然采用回避策略可能暂时缓解这种困扰，但是也会阻碍对相关事件的整合和从创伤经历中恢复。虽然 PTSD 的理论确实在一定程度上能够解释道德损伤的产生与发展，但与 PTSD 相比，道德损伤所涉及到的创伤经历并非全部是与死亡、严重的伤害相关的，道德损伤造成个体对世界和自我信念的改变也可能是更深刻、更全面的。遭受道德损伤的个体可能认为自己是不道德、无可救药的或者认为自己生活在一个不道德的世界里。

鉴于现有理论的不足，Litz 等人(2009)提出了一个更为全面的道德损伤的工作概念模型。该模型表明，某一事件(该事件可以是自身犯下的错误行为、或者未能阻止、或者听闻严重的违背道德的行为)的发生如果严重违背了个体的准则，则会导致个体产生认知失调与内心冲突；对于事件的归因会极大地影响事件产生的结果，如果个体的归因是稳定的、内部的(自身的过错)、整体的(不依赖于情境)，那么就会导致持久的羞愧、内疚和焦虑，这些消极的体验最终导致退缩，个体就无法通过与他人的互动进行纠正或修复；久而久之，个体则会愈发地认为不仅是自己的行为，连同他们自己都是不可原谅的，并且进行自我谴责；这些症状与 PTSD 的再体验、回避、情绪麻木相似，最终演变为个体持久的消沉情绪、自残、自我障碍。上述过程有可能循环往复。除此之外，诸如神经质、羞耻易感性这些个体差异因素可能是危险因素，会增加道德损伤的可能性；而具有公正世界的信念(即认为错误的行为会带来不好的后果，但是可以补救或修复)、获得宽容的支持、具有较高的自尊能够增加个体寻求纠正过失的可能，这些是道德损伤的保护性因素。

Koenig 等人(2017)提出了一个道德损伤的动力学模型，将道德损伤的宗教症状和心理症状进行了区分。该模型表明，尽管个体在经历违背自身道德准则的潜在道德损伤事件后，在临床上表现出相似的结果，但是其中的内在机制有可能是不同的。如果个体具有宗教信仰，那么其道德损伤可能主要表现为宗教上的挣扎、丧失宗教信仰或希望；如果个体没有宗教信仰，那么其道德损伤可能主要表现为心理症状，包括内疚、羞愧、信任感的丧失等等。虽然 Koenig 等人对宗教症状和心理症状做出了区分，但他们也指出两者之间可能是存在重叠部分的。宗教上的道德损伤和心理上的道德损伤可能以复杂的方式相互作用和影响，并最终导致临床上的 PTSD、抑郁症或焦虑症等。

此外，由于潜在的道德损伤事件范围很广，许多研究者也对其进行了划分，以便更细致地探讨不同类型下道德损伤的产生机制(Currier et al., 2018; Frankfurt et al., 2017)。涉及自我导向的事件(例如实施犯罪、未能阻止犯罪等)更可能导致消极的内在情绪和认知(例如内疚、羞愧、无法自我原谅)；涉及他人导向的事件(例如目睹暴力行为、被信任的人背叛)更可能导致消极的外在情绪和认知(例如愤怒、信任感丧失、无法宽恕)。

从相关实证研究来看，一些研究已经检验了潜在越轨行为、内疚和羞耻以及道德损伤结果之间的关系。Jordan 等人(2017)在一项针对现役海军陆战队军人的研究中发现，基于犯罪的潜在越轨行为与内疚和羞耻直接相关，内疚和羞耻与 PTSD 直接相关，但是基于犯罪的潜在越轨行为–内疚和羞耻–PTSD 的间接路径并不显著。但是 Frankfurt 等人(2017)在一项对 9·11 事件后退役军人的研究中发现，经历不同的军事创伤或潜在越轨行为后，道德损伤的发展存在多条途径。其中潜在越轨行为通过内疚(一个关键的道德损伤机制)与道德损伤的结果(PTSD 症状、自杀)间接相关。

总体来看，目前对于道德损伤机制的研究仍然十分缺乏并且已有研究结果之间也存在差异，这也阻碍了对道德损伤的深入理论建构和干预措施的开发(Neria & Pickover, 2019)。此外，尽管在实验室条件下对道德损伤的神经机制进行研究非常困难(包括需要诱导强烈的、可预测的和可复制

的情绪状态; 结合个人特定的因素, 如宗教背景、文化、社区和损伤的性质), 但是越来越多的证据表明道德损伤和 PTSD 虽然常常同时发生, 但神经机制并不相同(Barnes et al., 2019)。

4 道德损伤的测量

随着对现役军人、退伍军人的道德损伤研究增多, 研究者也尝试开发一些心理测量学上可靠的方法对这一概念进行操作化和测量。虽然过去已有的一些量表可以用来对道德损伤的部分方面(例如内疚、羞愧等)进行评估(Stein et al., 2012; Bryan et al., 2013), 但是并不能完整全面地评估道德损伤这一独特概念。目前已编制了专门测量道德损伤的多维度量表, 这些量表按照评估的内容可以划分为两类：一类是单独评估道德损伤症状; 另一类则是同时评估引发道德损伤的事件和道德损伤症状。

Nash 等人(2013)编制了第一个专门用于评估道德损伤的多维度量表：道德损伤事件量表(Moral Injury Event Scale, MIES)。该研究以 1039 名美国海军陆战队队员为被试, 量表包含感知到的过失与感知到的背叛两个维度, 共有 9 道题目, 采用 6 点计分法, 内部一致性系数为 0.90。在部队部署 3 个月之后对其中的 533 名被试再次进行施测, 结果显示该量表具有良好的重测信度。Bryan 等人(2016)对 MIES 的心理测量属性进行了进一步的评估, 结果支持了 MIES 的结构效度。Bryan 等人同时提出将 MIES 改进为感知到他人的过失、感知到自己的过失、感知到他人的背叛三个维度, 修改后的模型与数据的总体拟合度更好。作为第一个专门用于评估道德损伤的多维量表, MIES 既评估了道德损伤事件又评估了道德损伤症状, 条目数较少方便施测, 具有良好的信效度。该量表为临床医生和研究人员提供了一种工具, 用于军事背景下, 当个体暴露于可能与自身深层道德信念相抵触的事件时, 评估这些事件的普遍性和个体感知到的强度。这是评估道德损伤的生物、心理、社会影响的必要前提。

Currier 等人(2015)开发了第二个专门用于评估道德损伤的多维量表：道德损伤问卷−军事版(Moral Injury Questionnaire-Military Version, MIQ-M)。该量表没有报告内部一致性信度和重测信度, 但是研究发现道德损伤较高的得分更多的与一般战斗暴露、工作和社会不适应、抑郁症和 PTSD 相关。当控制人口统计学变量、部署相关因素和与战斗相关的生活威胁压力因素后, MIQ-M 得分也与自杀风险和其他心理健康指标有独特的联系。这些研究结果为 MIQ-M 的有效性提供了初步证据, 但是该量表存在取样的广泛性和代表性不足的问题。

总体来看, MIES 与 MIQ-M 是目前仅有的两个既评估道德损伤事件又评估道德损伤症状的量表, Koenig 等人(2019)通过对 1980 年至 2018 年与道德损伤有关的文献进行回顾, 发现 MIES 被更多的研究者所使用。这可能是因为 MIES 具有简便易操作、信效度良好的优点。此外, MIQ-M 明确规定道德损伤事件必须是在战时部署情况下发生的, 这也在一定程度上限制了其适用范围。

虽然 MIES 与 MIQ-M 能够同时评估道德损伤事件和道德损伤症状, 但是道德损伤事件是已经发生的客观事实, 无法改变, 而道德损伤症状却可以通过干预手段来缓解改善。因此在临床实践当中, 如果要对个体治疗干预之后的道德损伤症状再次进行评估, 那么采用 MIES 或 MIQ-M 就会导致对干预效果的评估变得复杂。

鉴于此, Koenig 等人(2018b)开发了单独用于评估道德损伤症状的量表：道德损伤症状量表−军事版(The Moral Injury Symptom Scale-Military Version, MISS-M)。MISS-M 共 45 个条目, 由 10 个分量表组成, 评估的是背叛、内疚、耻辱、道德困扰、宗教斗争、宗教信仰−希望的丧失、意义和目的丧失、难以原谅、失去信任和自责, 采用 10 点计分, 得分越高代表道德损伤症状越严重。总量表的内部一致性系数为 0.92, 重测信度为 0.91。由于题目较多, 为了方便临床医生和研究人员的使用, Koenig 等人(2018a)又编制了 MISS-M 的简略版本：道德损伤症状量表−军事版(简略版)(The Moral Injury Symptom Scale-Military Version Short Form, MISS-M-SF)。MISS-M-SF 仍由 10 个分量表组成, 但每个分量表仅保留 1 个条目, 总量表内部一致性系数为 0.73, 处于可以接受的范围, 与 MISS-M 也有很高的相关性(r = 0.92)。作为第一个单独评估道德损伤症状的多维度量表, MISS-M 对道德损伤症状的测量非常全面, 具有较高的内部一致性信度和重测信度, 既可用于研究针对道德损伤症状的治疗方法, 也可用于临床

实践中跟踪道德损伤症状的严重程度。同时其简略版也解决了原版题目较多，施测不便的问题，相关人员可以根据实际需要选择使用。

MISS-M 发表之后间隔不到一个月，Currier 等人(2018)也发表了一个专门用于评估道德损伤症状的量表：道德损伤表现量表−军事版(Expressions of Moral Injury Scale-Military Version, EMIS-M)。该量表共 17 个条目，采用 5 点计分，从自我导向和他人导向两个维度评估道德损伤的症状，自我导向维度评估内疚感、羞耻感、道德困扰、自我谴责、社交退缩和无法原谅自己的症状，他人导向维度评估愤怒和背叛、报复和对他人所做的事情的厌恶感。EMIS-M 不仅具有较高的内部一致性信度和重测信度，还具有良好的聚合效度和区分效度，同样是一种评估道德损伤症状的可靠有效的测量工具，能够为临床医生开展治疗工作提供支持。

以上 5 个量表的适用对象均是军人，在新冠肺炎全球大流行的背景下，医护人员的道德损伤也越来越引起人们的关注。特别是在疫情爆发阶段，医护人员就像是奋战在一线的战士，由于有限的个人精力和医疗资源，他们无法照顾精心照顾每一位患者，同时还要面临自身感染或将病毒传染给亲人的风险，这些潜在的道德损伤事件最终可能导致医护人员的道德损伤。也有学者推测医护人员身上未被识别诊断的道德损伤可能是造成他们职业倦怠以及其它负性情绪的重要因素(Kopacz et al., 2019)。为了评估医护人员的道德损伤症状，Mantri 等人(2020)对 MISS-M-SF 每个条目的语句进行了修改，使其适用于医疗背景下护理患者的医护人员，形成了道德损伤症状量表−医护人员版(The Moral Injury Symptom Scale-Healthcare Professionals Version, MISS-HP)。作为第一个测量军人以外群体道德损伤的量表，MISS-HP 具有良好的信效度。更为重要的是在新冠肺炎全球大流行的背景下，它不仅为识别诊断医护人员的道德损伤提供了及时、有效、客观的方法，也推动了道德损伤的研究从军人群体拓展到更大范围的其他群体。我国学者 Wang 等人(2020)将 MISS-HP 翻译为中文版，在 2020 年 3~4 月对 583 名护士和 2423 名医生进行在线调查，结果显示 MISS-HP 在中国大陆医护人员样本中同样具有可以接受的信效度。

现有的道德损伤测验量表各有特点，研究人员或临床医生可以根据实际需要进行选择。这些量表均可以用于道德损伤的筛查，但具体的诊断还应当结合临床访谈，MISS-M、MISS-M-SF 和 EMIS-M 还可以用于跟踪道德损伤症状随着治疗的变化情况，为道德损伤的干预提供目标。此外，MISS-HP 及其中文版的开发为道德损伤研究的深入迈出了重要的一步，但由于开发时间较短及样本的选择等问题，未来的研究还需要在不同的环境和人群下对其心理测量特性进行检验。

5 道德损伤的干预

道德损伤相关测量量表的不断开发与完善，为临床工作人员提供了筛查道德损伤人员、进行症状变化评估的工具，使针对性地制定干预方案有据可依。研究发现道德损伤在退伍军人身上(特别是患有 PTSD 的退伍军人身上)非常常见(Hodgson & Carey, 2017; Shay, 2014)，并且与现役和退役军人自杀风险的增加密切相关(Ames et al., 2019)，因此如何进行有效的干预具有迫切的现实意义。目前主流的干预措施有认知行为疗法(Cognitive Behavior Therapy, CBT)、基于 CBT 的适当暴露疗法(Adaptive Disclosure Therapy, ADT)、认知加工疗法(Cognitive Processing Therapy, CPT)、基于 CPT 的精神整合认知加工疗法(Spiritually Integrated Cognitive Processing Therapy, SICPT)等等，尽管有些疗法常见于 PTSD 的治疗当中，但在治疗道德损伤的核心症状方面也具有很好的效果。此外，由于道德损伤还涉及到精神方面的问题，而补充和代替医疗(Complementary and Alternative Medicine, CAM)当中的一些方法被认为能够帮助个体处理其生活中固有的精神和存在方面的问题，这使它在治疗受到道德损伤的现役和退役军人方面可能具有独特的地位(Kopacz et al., 2016)。以下主要介绍 ADT、CPT、SICPT 和 CAM 中的精神关怀这几种干预措施。

5.1 适当暴露疗法

Litz 等人(2009)在提出道德损伤这一概念的同时，还提出了道德损伤的临床护理工作模式，这套旨在修复道德损伤的干预策略总共包含 8 个步骤，可以视为适当暴露疗法的早期雏形。步骤一：建立强大的工作同盟和信任与关怀的关系。步骤二：让来访者了解什么是道德损伤及其影响，

共同建立一个促进改变的计划。步骤三：采用暴露疗法，发掘关于道德损伤经历的有害的不可原谅的信念，对其进行重新思考和转变。步骤四：审视关于自我和世界的错误信念，整合道德观与自我价值感。步骤五：运用空椅技术，与一位充满爱心、仁慈的道德权威(父母、祖父母、教练、神父)进行想象对话。步骤六：补偿与自我宽恕。步骤七：与自我或他人重新建立联系。步骤八：评估自身未来的目标与价值。虽然这些步骤是按顺序排列的，但在实际应用中会有重叠，有些步骤需要贯穿整个治疗过程。

Steenkamp 等人(2011)基于 CBT，开发出了适当暴露疗法。这是第一个专门为受到道德损伤的个体而设计的治疗方案，旨在通过想象暴露练习，促进对事件的重新评估，实现自我宽恕和行为上的积极改变。该疗法包含每周 1 次，每次 90 分钟，共 6 次的疗程。考虑到现役军人可能随时会被部署到其他地方，因此比标准的 CBT 疗程要短得多。第一次治疗主要用于评估现役军人的现状，确定目前最令人苦恼、困扰、受伤害的事件，教给来访者有关适当暴露疗法的知识，并建立现实的目标。中间的四次治疗，结合想象的暴露练习，致力于情感上处理战争记忆，挖掘各种要素和进行联想，并帮助来访者表达出他们对这段经历的意义和影响的真实的、不加掩饰的信念(如：羞耻、自我厌恶等)，然后鼓励来访者与一位道德权威进行想象对话。最后一次治疗是用来回顾和强调所学到的积极经验，据此来规划长远的发展(Litz et al., 2016)。最初的试点试验显示，参与者的 PTSD 症状、抑郁症状和有害的创伤后认知减少，该干预措施受到参与者的好评(Steenkamp et al., 2011)。

5.2　认知加工疗法

认知加工疗法基于社会认知理论，最早是为治疗 PTSD 而开发。Resick 和 Schnicke (1992)认为个体有三种方式将于创伤有关的新信息纳入他们现有的模式：同化(改变新信息以匹配原有的信念)、适应(调整原有的信念纳入新信息)、过度适应(完全改变原有的信念以适应新信息)。对创伤性信息的适应可以带来积极的改变，而过度适应会导致对自己、他人、社会的不良的信念，对他们的自我价值、安全感和危险感以及信任自己和他人的能力产生负面影响。最后，个体从创伤中自然恢复的过程就会停滞不前，这些信念会导致内疚、羞耻和自我毁灭行为(Resick et al., 2016)。在道德损伤的案例中，个体会因为自己应该做或不应该做某事而感到过度的内疚、自责或背叛，产生“我是坏的人”、“我是不值得(尊重)的”等不良信念(Held et al., 2018)。CPT 通过认知重组来发展与创伤相关的新的个人意义，帮助创伤幸存者从中解脱，从而恢复创伤后的自然康复过程。作为一种治疗方式，CPT 在减少抑郁、内疚、羞愧、愤怒和自杀意念等症状方面非常有效(Galovski et al., 2013; Resick et al., 2012; Resick et al., 2015)，这些都是道德损伤的核心特征。

虽然 CPT 在处理道德损伤相关症状方面表现出了有效性，但在治疗 PTSD 的过程中没有解决精神性的问题，而这恰恰是道德损伤的重要构成因素。Pearce 等人(2018)对 CPT 进行改进，提出了精神整合认知加工疗法。该疗法总共 12 次，每次 50~60 分钟，为期 6~12 周。不同于 CPT, SICPT 直接针对道德损伤，将它视为个体从 PTSD 当中康复的障碍，帮助个体利用精神或宗教资源来挑战错误的思维模式，从而改变对损伤的错误解释。有时道德损伤可能来源于个体故意的行为或故意不作为，这时个体的内疚或自责并不是来源于错误的解释，认知重组可能不足以解决道德损伤，因此 SICPT 引入了一些精神概念(慈悲、宽恕、祝福、忏悔等)并组织相应的仪式活动。此外，SICPT 还鼓励个体获得宗教团体的支持或参与宗教活动来促进康复和融入社会。最后，鉴于精神斗争(包括对上帝的愤怒，对上帝允许这种情况的发生感到愤怒等)也是道德损伤的一部分，SICPT 还将个体精神上的斗争具体化并进行处理。由于在治疗过程中需要利用到宗教信仰，因此 SICPT 只适用于具有宗教信仰的个体(Pearce et al., 2018)。一项多地点研究显示，受访的 427 名美国退役军人中，接近 75%的人认为宗教在他们的生活中很重要或非常重要，超过 80%的人认为宗教给他们的精神带来影响，超过三分之二的人表示愿意接受类似 SICPT 的精神整合治疗(Koenig et al., 2018b)。

5.3　补充和代替医疗——精神关怀

补充和代替医疗是一个范围极广的概念，包括了世界各地的传统医学、民间疗法等等。由于包含非科学的内容，因此不在现代西方医疗体系当中，但是随着作用机理和有效性得到科学验证

的疗法不断增多, CAM 也正在成为现代西医的有益补充。"精神关怀"被普遍认为是一种 CAM 服务, 其中教牧关怀(pastoral care)和正念(mindufulness)在治疗那些受到道德损伤的人当中可能是有用的(Kopacz et al., 2016)。

教牧关怀原意指宗教活动中牧师或主教给予教民情感和精神上的关心与帮助。但如今, 教牧关怀已经不仅仅局限于宗教群体的宗教活动, 它被定义为一种以护理者和寻求护理者的对话为特征的治疗方式, 这种对话探讨寻求护理者目前所处状况的可能性和影响的宗教性解释(Furniss, 1994)。教牧关怀并非将价值观和信仰强加给寻求护理者, 而是非评判性地倾听, 对他们的需求和愿望给予支持与帮助, 对他们的自我认同和信仰方面的问题保持关注(Raffay et al., 2016)。Kopacz 等人(2016)认为教牧关怀能够帮助个体重拾意义感和目的感、面对苦难、寻求宽恕和感恩等等。相关实证研究也发现, 接受了教牧关怀的患者能够更坦诚地对待自己, 更乐观地看待自己的疾病, 焦虑明显减少并且感到平和、感觉更有控制力(Lobb et al., 2019)。

此外, 最近的一项研究报告了一种道德损伤的新型干预模式, 为跨学科干预道德损伤提供了一个良好的开端。该模式最大的特点是由牧师和心理学家合作主持一个道德损伤团体, 该团体为期 12 周, 每次 90 分钟。试点实验结果显示参与者在干预后抑郁症状减少、心理功能改善、自我同情增加并且结果不受参与者同时参与的其它心理治疗的影响(Cenkner et al., 2020)。总体来看, 教牧关怀能够帮助个体调动精神资源来处理与道德损伤相关的宽恕、内疚等问题, 并且在外国公民普遍具有宗教信仰的背景下, 带有宗教元素的教牧关怀熟悉度与认可度也较高, 对没有宗教信仰的人群也显示出了包容性(Lobb et al., 2019), 是一种有效的干预手段。

此外, 基于正念的一些疗法也可以作为治疗道德损伤的一种选择, 这些方法包括: 正念减压疗法(Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)、接纳与承诺疗法(Acceptance and Commitment Therapy, ACT) (Nieuwsma et al., 2015)和正念认知疗法(Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT)。这些方法的核心都是培养正念, 一种有目的的、有意识的, 关注、觉察当下的一切, 而对当下的一切又都不作任何判断、任何分析、任何反应, 只是单纯地觉察它、注意它的心理状态。基于正念的疗法可以帮助个体提高注意力、更好地控制自己的情绪和对事物的觉察, 带来生理和心理上的积极改变。以往的研究已经发现对经验的非评判态度和有意识的觉察与退伍军人的 PTSD 症状和心理健康状况相关(Stephenson et al., 2017), 最近的研究进一步验证了基于正念的疗法在报告道德损伤的现役军人中具有潜在的效用(Hamrick et al., 2019)。

6 总结与展望

道德的产生与发展经历了漫长的历史, 早在春秋时期, 管子便首先将"道"与"德"二字连用。道德损伤也并非新生事物, 只要个体具有道德观念, 就难免因面临道德冲突而遭受不同程度的道德损伤。虽然道德具有悠久的历史, 但是对道德损伤概念进行学术上的界定并进行科学的研究仅仅过去十余年。尽管如此, 在这十余年里, 来自心理学、精神病学、伦理学等领域的研究者们在军人群体中开展了大量的实证研究, 并且在道德损伤的概念、机制、测量、干预方面已经取得了许多成果。目前该领域仍存在一些问题有待进一步思考, 它们也是未来研究可以关注的方向。

6.1 事件与结果相区分, 理论模型有待完善

现有的研究大多将暴露于潜在的道德损伤事件等同于受到道德损伤, 实际上暴露于潜在的道德损伤事件只是产生道德损伤结果的一个必要条件, 而非充要条件。潜在的道德损伤事件最终演变为道德损伤还受到个体的认知、社会支持等因素的影响。潜在的道德损伤事件可能使个体感到痛苦, 但是这种痛苦本身也可以视作对不道德事件的正常反应, 只有当个体不能调和这种认知上的冲突时, 使用道德损伤一词才是恰当的(Farnsworth et al., 2017)。此外, 已有研究者提出了一些理论模型来解释道德损伤的发生发展过程以及其中的保护性因素与危险性因素, 但目前对于道德损伤机制的研究仍然十分缺乏, 这也是该领域研究的一个重难点所在。

6.2 评估量表不断开发, 诊断标准有待确立

尽管目前研究者已经开发出了多个专门用于评估道德损伤的多维度量表并且来自临床上的反馈验证了其有效性, 但是这些研究选取的样本普

遍不够广泛，代表性不足，因此无法确定是否准确全面地评估到了道德损伤这一概念。此外，这些量表的编制都缺乏一个"金标准"来对道德损伤的结果进行衡量(Koenig et al., 2019; Griffin et al., 2019)，即量表得分达到哪种程度时，可以作出道德损伤的诊断、较高的量表得分具有怎样的临床意义，因此道德损伤的诊断标准仍有待确立。

6.3　关注文化背景差异，道德标准有待界定

道德损伤是由于行为或事件与个体所信仰的道德准则相违背引起的，然而不同的个体可能信仰不同的道德准则，存在不同的道德判断。美国是一个普遍信仰基督教的国家，而宗教与道德又有着密切的联系，基督教的教义当中含有许多道德色彩的内容，对教徒产生着引导和约束的作用。在这一文化背景下，面临着道德损伤的个体往往会寻求宗教上的支持，相应的干预措施也都普遍融入了宗教元素。而中国人普遍不信仰宗教，在中国的文化背景下，道德的约束常常来源于传统文化以及社会舆论，缺乏一个统一的衡量标准，所以未来在我国开展道德损伤研究的时候，研究者应当关注到这种文化差异。值得注意的是，不同的职业有着各自的职业道德准则，它们对从业人员有着约束和规范的作用。例如在不同国家、不同文化背景下，《希波克拉底誓言》和《南丁格尔誓言》都被医生和护士普遍认同接受，这就为研究医护人员的道德损伤提供了一个统一的道德标准，并且有利于跨文化的研究结果比较。未来当研究者希望在其他群体开展道德损伤研究时，从职业道德准则的角度入手也可以作为一种研究思路。

6.4　研究群体逐渐扩大，适用范围有待推广

虽然道德损伤这一概念是在对军事样本进行研究的过程中提出的，并且目前的研究主要也是围绕军人群体开展，但这并非意味着道德损伤是军人身上独有的现象。目前已经有研究开始关注到不同的群体，包括难民(Nickerson et al., 2015)、社会工作者(Haight et al., 2016)、学校工作人员(Levinson, 2015)、警察(Papazoglou & Chopko, 2017)以及新冠肺炎疫情背景下的医护人员(Mantri et al., 2020; Wang et al., 2020; Hines et al., 2021)。虽然目前针对军人以外群体的道德损伤研究还很少，但这些研究都是良好的开端，因为不同的群体可能面对不同的道德情境，他们在经历不同性质的潜在道德损伤事件后，可能表现出不同的道德损伤症状。所以未来的研究如果能将道德损伤的研究对象拓展到不同群体，这将有助于更细致地划分不同类型的道德损伤，推广道德损伤的适用范围，丰富道德损伤的内涵，拓展道德损伤概念的广度和深度。

参考文献

陈秀丽, 王璐颖, 蒋訸. (2020). 实习医务人员道德创伤现状及相关性研究. *中国医学伦理学, 33*(11), 1335–1340.

肖楚兰, 杨放, 常运立. (2018). 道德创伤的发生机制探析. *中国医学伦理学, 31*(2), 151–158.

杨放, 常运立. (2015). 道德创伤: 军事医学伦理新概念. *医学与哲学: A, 36*(11), 9–14.

Ames, D., Erickson, Z., Youssef, N. A., Arnold, I., Adamson, C. S., Sones, A. C., … Koenig, H. G. (2019). Moral injury, religiosity, and suicide risk in U.S. veterans and active duty military with PTSD symptoms. *Military Medicine*, *184*(3–4), e271–e278.

Barnes, H. A., Hurley, R. A., & Taber, K. H. (2019). Moral injury and PTSD: Often co-occurring yet mechanistically different. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *31*(2), A4–103.

Beard, M. (2015). Conceptual distinctions. In T. Frame (Ed.), *Moral injury: Unseen wounds in an age of barbarism* (pp. 112–125). Sydney: UNSW Press.

Bergman, H. E., Przeworski, A., & Feeny, N. C. (2017). Rates of subthreshold PTSD among U.S. military veterans and service members: A literature review. *Military Psychology*, *29*(2), 117–127.

Bryan, C. J., Bryan, A. O., Anestis, M. D., Anestis, J. C., Green, B. A., Etienne, N., … Ray-Sannerud, B. (2016). Measuring moral injury: Psychometric properties of the moral injury events scale in two military samples. *Assessment*, *23*(5), 557–570.

Bryan, C. J., Morrow, C. E., Etienne, N., & Ray - Sannerud, B. (2013). Guilt, shame, and suicidal ideation in a military outpatient clinical sample. *Depression and Anxiety*, *30*(1), 55–60.

Carey, L. B., Hodgson, T. J., Krikheli, L., Soh, R. Y., Armour, A.-R., Singh, T. K., & Impiombato, C. G. (2016). Moral injury, spiritual care and the role of chaplains: An exploratory scoping review of literature and resources. *Journal of Religion and Health*, *55*(4), 1218–1245.

Cenkner, D. P., Yeomans, P. D., Antal, C. J., & Scott, J. C. (2020). A pilot study of a moral injury group intervention co-facilitated by a chaplain and psychologist. *Journal of Traumatic Stress*, *34*(2), 367–374.

Chong, M. Y., Wang, W. C., Hsieh, W. C., Lee, C. Y., Chiu, N. M., Yeh, W. C., … Chen, C. L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(2), 127–133.

Currier, J. M., Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., McDermott, R. C., Sims, B. M., & Albright, D. L. (2018). Development and evaluation of the expressions of moral injury scale-military version. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *25*(3), 474–488.

Currier, J. M., Holland, J. M., Drescher, K., & Foy, D. (2015). Initial psychometric evaluation of the moral injury questionnaire-military version. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *22*(1), 54–63.

Drescher, K. D., Foy, D. W., Kelly, C., Leshner, A., Schutz, K., & Litz, B. (2011). An exploration of the viability and usefulness of the construct of moral injury in war veterans. *Traumatology*, *17*(1), 8–13.

Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., Evans, W., & Walser, R. D. (2017). A functional approach to understanding and treating military-related moral injury. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *6*(4), 391–397.

Frankfurt, S. B., Frazier, P., & Engdahl, B. (2017). Indirect relations between transgressive acts and general combat exposure and moral injury. *Military Medicine*, *182*(11–12), e1950–e1956.

Fulton, J. J., Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., … Beckham, J. C. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) veterans: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *31*, 98–107.

Furniss, G. M. (1994). *The social context of pastoral care: Defining the life situation*. Louisville, KY: Westminster John Knox Press.

Galovski, T. E., Blain, L. M., Chappuis, C., & Fletcher, T. (2013). Sex differences in recovery from PTSD in male and female interpersonal assault survivors. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(6), 247–255.

Gray, M. J., Schorr, Y., Nash, W., Lebowitz, L., Amidon, A., Lansing, A., … Litz, B. T. (2012). Adaptive disclosure: An open trial of a novel exposure-based intervention for service members with combat-related psychological stress injuries. *Behavior Therapy*, *43*(2), 407–415.

Griffin, B. J., Purcell, N., Burkman, K., Litz, B. T., Bryan, C. J., Schmitz, M., … Maguen, S. (2019). Moral injury: An integrative review. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(3), 350–362.

Haight, W., Sugrue, E., Calhoun, M., & Black, J. (2016). A scoping study of moral injury: Identifying directions for social work research. *Children and Youth Services Review*, *70*, 190–200.

Hamrick, H. C., Kelley, M. L., & Bravo, A. J. (2019). Morally injurious events, moral injury, and suicidality among recent-era veterans: The moderating effects of rumination and mindfulness. *Military Behavioral Health*, *8*(1), 109–120.

Held, P., Klassen, B. J., Brennan, M. B., & Zalta, A. K. (2018). Using prolonged exposure and cognitive processing therapy to treat veterans with moral injury-based PTSD: Two case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, *25*(3), 377–390.

Hines, S. E., Chin, K. H., Glick, D. R., & Wickwire, E. M. (2021). Trends in moral injury, distress, and resilience factors among healthcare workers at the beginning of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(2), 488.

Hodgson, T. J., & Carey, L. B. (2017). Moral injury and definitional clarity: Betrayal, spirituality and the role of chaplains. *Journal of Religion and Health*, *56*(4), 1212–1228.

Jinkerson, J. D. (2016). Defining and assessing moral injury: A syndrome perspective. *Traumatology*, *22*(2), 122-130.

Jordan, A. H., Eisen, E., Bolton, E., Nash, W. P., & Litz, B. T. (2017). Distinguishing war-related PTSD resulting from perpetration-and betrayal-based morally injurious events. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(6), 627.

Koenig, H. G., Ames, D., Youssef, N. A., Oliver, J. P., Volk, F., Teng, E. J., … Pearce, M. (2018a). Screening for moral injury: The moral injury symptom scale–military version short form. *Military Medicine*, *183*(11–12), e659–e665.

Koenig, H. G., Ames, D., Youssef, N. A., Oliver, J. P., Volk, F., Teng, E. J., … Pearce, M. (2018b). The moral injury symptom scale-military version. *Journal of Religion and Health*, *57*(1), 249–265.

Koenig, H. G., Boucher, N. A., Oliver, R. J. P., Youssef, N., Mooney, S. R., Currier, J. M., & Pearce, M. (2017). Rationale for spiritually oriented cognitive processing therapy for moral injury in active duty military and veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *205*(2), 147–153.

Koenig, H. G., Youssef, N. A., & Pearce, M. (2019). Assessment of moral injury in veterans and active duty military personnel with PTSD: A review. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 443.

Kopacz, M. S., Ames, D., & Koenig, H. G. (2019). It's time to talk about physician burnout and moral injury. *The Lancet Psychiatry*, *6*(11), e28.

Kopacz, M. S., Connery, A. L., Bishop, T. M., Bryan, C. J.,

Drescher, K. D., Currier, J. M., & Pigeon, W. R. (2016). Moral injury: A new challenge for complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine*, *24*, 29–33.

Levinson, M. (2015). Moral injury and the ethics of educational injustice. *Harvard Educational Review*, *85*(2), 203–228.

Leys, R. (2006). Image and trauma. *Science in Context*, *19*(1), 137–149.

Litz, B. T., Lebowitz, L., Gray, M. J., & Nash, W. P. (2016). *Adaptive disclosure: A new treatment for military trauma, loss, and moral injury*. New York, NY: Guilford Publications.

Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, *29*(8), 695–706.

Lobb, E. A., Schmidt, S., Jerzmanowska, N., Swing, A. M., & Thristiawati, S. (2019). Patient reported outcomes of pastoral care in a hospital setting. *Journal of Health Care Chaplaincy*, *25*(4), 131–146.

Mantri, S., Lawson, J. M., Wang, Z. Z., & Koenig, H. G. (2020). Identifying moral injury in healthcare professionals: The moral injury symptom scale-hp. *Journal of Religion and Health*, *59*(5), 2323–2340.

McCarthy, M. M. (2016). *An exploration of moral injury as experienced by combat veterans* (Unpublished doctorial dissertation). Antioch University.

Nash, W. P., Marino Carper, T. L., Mills, M. A., Au, T., Goldsmith, A., & Litz, B. T. (2013). Psychometric evaluation of the moral injury events scale. *Military Medicine*, *178*(6), 646–652.

Neria, Y., & Pickover, A. (2019). Commentary on the special issue on moral injury: Advances, gaps in literature, and future directions. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(3), 459–464.

Nickerson, A., Schnyder, U., Bryant, R. A., Schick, M., Mueller, J., & Morina, N. (2015). Moral injury in traumatized refugees. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(2), 122–123.

Niederland, W. G. (1964). Psychiatric disorders among persecution victims: A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its after-effects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *139*(5), 458–474.

Nieuwsma, J. A., Walser, R. D., Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., Meador, K. G., & Nash, W. (2015). Possibilities within acceptance and commitment therapy for approaching moral injury. *Current Psychiatry Reviews*, *11*(3), 193–206.

Papazoglou, K., & Chopko, B. (2017). The role of moral suffering (moral distress and moral injury) in police compassion fatigue and PTSD: An unexplored topic. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1999.

Pearce, M., Haynes, K., Rivera, N. R., & Koenig, H. G. (2018). Spiritually integrated cognitive processing therapy: A new treatment for post-traumatic stress disorder that targets moral injury. *Global Advances in Health and Medicine*, *7*, 1–7.

Raffay, J., Wood, E., & Todd, A. (2016). Service user views of spiritual and pastoral care (chaplaincy) in NHS mental health services: A co-produced constructivist grounded theory investigation. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 200.

Raven, J., Wurie, H., & Witter, S. (2018). Health workers' experiences of coping with the Ebola epidemic in Sierra Leone's health system: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 1–9.

Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2016). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. New York, NY: Guilford Publications.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(5), 748–756.

Resick, P. A., Wachen, J. S., Mintz, J., Young-McCaughan, S., Roache, J. D., Borah, A. M., … Peterson, A. L. (2015). A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(6), 1058–1068.

Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., & Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive–behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(2), 201.

Shay, J. (1994). *Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character*. New York, NY: Antheneum.

Shay, J. (2002). *Odysseus in America: Combat trauma and the trials of homecoming*. New York, NY: Simon and Schuster.

Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, *31*(2), 182−191.

Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Gray, M. J., Lebowitz, L., Nash, W., Conoscenti, L., ... Lang, A. (2011). A brief exposure-based intervention for service members with PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*(1), 98–107.

Steenkamp, M. M., Schlenger, W. E., Corry, N., Henn-Haase, C., Qian, M., Li, M., ... Marmar, C. (2017). Predictors of PTSD 40 years after combat: Findings from the National Vietnam Veterans longitudinal study. *Depression and Anxiety*, *34*(8), 711–722.

Stein, N. R., Mills, M. A., Arditte, K., Mendoza, C., Borah, A. M., Resick, P. A., … Strong Star Consortium. (2012). A scheme for categorizing traumatic military events. *Behavior Modification*, *36*(6), 787–807.

Stephenson, K. R., Simpson, T. L., Martinez, M. E., & Kearney, D. J. (2017). Changes in mindfulness and posttraumatic stress disorder symptoms among veterans enrolled in mindfulness-based stress reduction. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(3), 201–217.

Wang, Z. Z., Koenig, H. G., Tong, Y., Wen, J., Sui, M., Liu, H. Y, & Liu, G. T. (2020). Psychometric properties of the moral injury symptom scale among Chinese health professionals during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 1–10.

Moral injury: A review from the perspective of psychology

AI Pan, DAI Yan

(*School of Psychology, Sichuan Normal University, Chengdu* 610068, *China*)

Abstract: Moral injury refers to the long-lasting psychological, biological, spiritual, behavioral and social impact on an individual after the exposure to morally injurious events, which entail “perpetrating, failing to prevent, bearing witness to, or learning about acts that transgress deeply held moral beliefs and expectations”. Since Litz et al. (2009) redefined this concept from the perspective of psychology, moral injury has attracted extensive attention in the fields of psychology, ethics, psychiatry, and sociology. At present, researchers have developed a number of multi-dimensional scales to measure the events or symptoms of moral injury and have used cognitive behavior therapy, cognitive processing therapy, mindfulness therapies, and adaptive disclosure therapy based on CBT developed specifically for moral injury to intervene. Future researches can continue to explore the mechanism of moral injury further, establish the diagnostic criteria of moral injury, widen the application of moral injury, and enrich the connotation of moral injury, so as to improve the breadth and depth of researches on moral injury.

Key words: moral injury, perspective of psychology, mechanism, measurement, intervention